

Správa z 13. svetového kongresu Európskej asociácie pre paliatívnu starostlivosť v Prahe, 30. mája – 2. júna 2013

MUDr. Kristína Križanová¹, MUDr. Hedviga Jakubíková, PhD.²

¹Klinika klinickej onkológie, NOÚ, Bratislava

²Neurologická a algeziologická ambulancia, Prešov

Túžba stráviť krásne teplé večery v májovej Prahe po ukončení odborného programu sa nám nevyplnila, pršalo vo dne aj v noci, bolo chladno a v deň ukončenia kongresu prestala fungovať jedna trasa metra pre hrozbu povodne.

Kongres bol zorganizovaný vynikajúco, bezkolízne a presne. Bolo zjavné, že dobre naolejované kolieska roky fungujúceho organizátora sa nezasekli. Kongresové centrum v Prahe Nusliach poskytlo dostatok priestorov na všetky kongresové aktivity a aj na neformálne stretávanie.

Hedviga Jakubíková z Prešova a ja sme boli členkami Lokálneho organizačného výboru a v príprave kongresu sme spolu s ostatnými českými kolegami dostali na posúdenie desiatky posterov v rámci viacčlenného anonymného hodnotenia. Okrem toho sme dostali možnosť moderovania dvoch paralelných sympózií, Hedviga Jakubíková v nedeľu spolu s Nathanom Czernym sekciu varií o manažovaní bolesti a ostatných príznakov, Andrea Škripeková (namiesto mňa) v piatok 1. posterovú sekciu spolu s Davidom Oliverom o hodnotení a manažovaní príznakov. Podobne aj ostatní členovia LOC (Stanislav Filip, Jakub Forejt, Iva Holmerová a Martina Špinková) sa zúčastnili na kongrese aktívne. Najvyťaženejší boli **Ladislav Kabelka a Ondřej Sláma**, ktorí boli vlastne aj samotnou príčinou, prečo sa kongres konal v Českej republike. Sú to charizmatikí, navzájom sa doplnujúci zanietení propagátori paliatívnej medicíny a paliatívnej starostlivosti.

Vo štvrtok večer sme sa zúčastnili na otváracom ceremoniáli s príhovormi hlavných čestných predstaviteľov a organizátorov kongresu vrátane Ladislava Kabelku. Umelecký program pozostával z predstavenia Čierneho divadla v Prahe (Black Light Theatre Praha), ktoré nadchlo všetkých prítomných. Get-together party naplnila svoj význam, stretli sme sa s našimi starými priateľmi zo Slovenska aj z Európy.

Vo štvrtok a v piatok ráno od 8. hodiny sa konalo po osem stretnutí s expertmi v rôznych

paliatívnych témach, od liečby bolesti cez začlenenie paliatívnych postupov v dennej starostlivosti o onkologických pacientov po prevenciu a liečbu kachexie, kde sa hovorilo najmä o nových poznatkoch, ale rozvíjali sa aj témy ohľadne výskumu v paliatívnej starostlivosti a, samozrejme, aj sociálne a spirituálne témy pre členov multidisciplinárnych hospicových tímov.

Vo štvrtok 30. mája o 9. hodine sa začal otváracím prejavom Lukáša Radbrucha z Nemecka, predchádzajúceho predsedu EAPC. Na každom kongrese od roku 2003 zaznie prednáška podporená talianskou nadáciou Floriani, tento rok ju uviedla členka vedeckého komitétu nadácie Floriani pani Francesca Crippa Floriani. Predniesol ju francúzsky čestný profesor v onkológii, priekopník paliatívnej starostlivosti vo Francúzsku, zakladajúci člen EAPC, **René Schaefer** s názvom: *Revízia dvadsiatich piatich rokov: Zostali sme verní našim princípom a hodnotám?* Profesor Schaefer v úvodnej polovičke prednášky rozobral vývoj paliatívnej medicíny a paliatívnej starostlivosti. Položil si tri otázky: 1. môže fakt, že sa paliatívna medicína stala špecializáciou pre lekárov a pre sestry byť ohrozením kvality poskytovania paliatívnej starostlivosti?, 2. môže rozvoj národných paliatívnych organizácií viesť k falošnej spokojnosti v spoločnosti a k vylúčeniu spoločenských otázok o zomieraní a zomierajúcich ľudí zo života spoločnosti? 3. zamysleli sme sa nad hlbšími dôvodmi, prečo odmietnuť eutanáziu? V odpovedi na svoju prvú otázku vyzdvihol posolstvo priekopníkov paliatívnej starostlivosti: naša myseľ sa musí zaoberať pokrokmí v liečbe bolesti a v symptomatickej liečbe a naše srdce musí zostať verné trpiacemu človeku, počúvať ho, súcitiť a riešiť. Povedal, že špecializácia v paliatívnej medicíne a starostlivosti, naopak, vedie k výrazným pokrokom vo výskume a to zlepšuje medicínsku a ošetrovateľskú starostlivosť, ale rozhodne nesmie viesť k obmedzovaniu tzv. paliatívnej kultúry v celom zdravotníckom systéme,

nesmie sa stať výlučnou. K druhej svojej otázke povedal, že rozvoj paliatívnej starostlivosti vo Francúzsku viedol k zvýšeniu národného povedomia o problémoch zomierajúcich, ale musíme zabrániť „vystavovaniu“ týchto zomierajúcich, aby sa stali tými, čo nesú svoje zomieranie nielen za seba, ale aj za nás. K tretej otázke povedal, že naše mravné svedomie zoči-voči trpiacemu človeku neodmieta úplne eutanáziu, čiže zabitie zo súcitu. Ale ako ľudská bytosť, ktorá nežije ako jednotlivec, ale ako príslušník/čka ľudskej spoločnosti, musím zabitie odmietnuť ako tabu, ktoré nemožno prekročiť. Eutanázia nezľahčuje len význam človeka, ktorého sa týka, ale aj nás, ktorí zostávame ďalej žiť. Zo súcitu musím využiť všetky možnosti na zmiernenie utrpenia a sprevádzať zomierajúceho človeka vytrvalo až do smrti. Zabitie zo súcitu nie je zakázané len z náboženských dôvodov, ale je základným zákazom, ktorý umožňuje spoločnosti žiť v pokojných interpersonálnych vzťahoch (citáť S. Freuda v prednáške).

V piatok som sa zúčastnila aj na diskusii o vybraných posteroch týkajúcich sa hodnotenia a manažovania symptómov, ktorú moderoval D. Oliver z Veľkej Británie s Andreou Škripekovou. A. Škripeková sa tejto úlohy zhostila so ctou a nebolo to preto, že by mlčala, naopak, zúčastnila sa na debate aktívne.

Samozrejme, ako na každom poriadnom kongrese, aj v Prahe si bolo potrebné vyberať témy v paralelných sekciách. Preto je aj môj výber obmedzený. Jedna piatková sekcia sa zaoberala *diagnostikou a liečbou delíria*. **Gian Domenico Borasio** z Nemecka povedal, že väčšina akútnych zmäteností na konci života sa nediagnostikuje, hoci sa vyskytuje u 85 % zomierajúcich. Je to aj preto, že sa častejšie vyskytuje hypoaktívna forma delíria s apatiou, adynamiou, s obmedzeným kontaktom s pacientom a s veľmi miernymi vegetatívnymi príznakmi. Agitovaný pacient je nápadnejší. Nezvľádnuteľné akútne delírium skracaje čas prežitia na 7 – 27 dní. Väčšina nevyliciteľne

Paliat. med. liec. boles., 2013; 6(2): 57–59

chorých a zomierajúcich pacientov si želá byť pri čistom vedomí. Tí, ktorí zvládnu akútne delírium, majú naň veľmi nepríjemnú spomienku. Delírium je najčastejšia príčina prevozu zomierajúceho onkologického pacienta z domácej do ústavnej starostlivosti. V prednáške sa podrobne zaoberal diagnostikou a liečbou delíria. Dôležitá je úprava prostredia chorého, styk so známymi ľuďmi, vylúčenie invazívnych výkonov, pokoj, svetlo. Medikamentózna liečba je založená na podávaní neuroleptík. Hovoril, že atypické neuroleptiká (risperidón, olanzapín) majú rovnaký efekt ako haloperidol, ale majú nižšie riziko vzniku extrapyramidových príznakov. Haloperidol je rizikový pri dávke viac ako 5 mg za 24 hodín. Cholinesterázové inhibítory nepodávať, zhoršujú prežitie pacientov. Vždy zvážiť podávanie liekov, ktoré sa môžu podieľať na vzniku delíria (opioidy a ich dávka, dihydroperidín = kalciové blokátory, antihistaminiká, digoxín, steroidy).

Profesor **Stein Kaasa** z Nórska (Trondheim) hovoril o nutnosti *integrácie paliatívnej medicíny a paliatívnej starostlivosti do celkovej koncepcie onkologickej starostlivosti*. Štatistika hovorí, že 1 z 3 mužov a 1 z 4 žien ochore na rakovinu a 1 z 4 ľudí na ňu zomrie. Incidencia nádorových ochorení sa zvyšuje. Pokroky v onkologickej liečbe vedú k tomu, že sa veľa pacientov vyylieči a vyžadujú si špeciálnu starostlivosť v ďalšom živote aj pre neskoré nežiaduce účinky terapie. Metastatické nádorové ochorenie sa stalo chronickým niekoľkoročným ochorením, terminálna fáza života týchto chorých sa predlžuje, pribúdajú nové obrazy nežiaducich účinkov liekov. Špecialista v paliatívnej medicíne so svojimi kompetenciami môže byť veľmi nápomocný v každej fáze nádorového ochorenia (liečba bolesti, nežiaducich účinkov liekov, rozhodovanie o vhodnosti protinádorovej liečby – chirurgickej, rádioterapeutickej alebo chemoterapeutickej, liečba symptómov a ich prevencia) a jeho prístup môže zlepšiť celkovú starostlivosť zameranú na pacienta. Paliatívna medicína sa stáva jednou zo špecializácií v starostlivosti o onkologického pacienta, ale je potrebné tieto špecializácie integrovať. V paliatívnej medicíne existujú dva výchovné modely vo svete: po skončení štúdia medicíny na univerzite priamo sa špecializovať na paliatívnu medicínu alebo sa to deje cez špecializáciu v onkológii. Hlavne pri najčastejších nádorových ochoreniach, ako je karcinóm kolorekta, pľúc a prsníka sa ukazujú vhodnosť začlenenia paliatívneho špecialistu – lekára aj sestry – do starostlivosti o pacientov. Trondheimský model predstavuje prakticky totálnu integráciu onkologickej starostlivosti: na

úrovni terciárnej nemocnice, na onkologickom oddelení, v lokálnych nemocniciach aj v komunitnej starostlivosti. Existuje oddelenie paliatívnej medicíny, ambulancia, špecializovaný tím paliatívnej starostlivosti, špecializované jednotky v opatrovateľských domovoch. Vykonáva sa výskum, Európske výskumné centrum paliatívnej starostlivosti sídli v Trondheime v nemocnici sv. Olafa (European Palliative Care research Centre – EPRC), jednak translačný, ale aj o integrácii paliatívnej starostlivosti a výskum neskorých účinkov liečby, ako aj výskum symptómov pri protinádorovej liečbe. Vedú veľkú škálu európskych multicentrických výskumov o bolesti, kachexii, o mechanizmoch bolesti, o rádioterapii.

Zaujala ma diskusia, či má byť *paliatívna medicína špecializáciou alebo, naopak, má byť súčasťou základnej zdravotníckej starostlivosti*. **Scott A. Murray** z Edinburghu vo Veľkej Británii, charizmatiký propagátor paliatívnej starostlivosti pre všetkých, ktorí ju potrebujú, hovoril veľmi presvedčivo o tom, že špecialisti v paliatívnej medicíne by mali byť konzultantmi pre obzvlášť závažné problémy, mali by vyučovať zo všetkých síl, ale nemali by byť výlučnými nositeľmi tejto idey. Je veľmi potrebné, aby sa o paliatívnom prístupe dozvedeli všetci medici a všetci lekári, ktorí majú v starostlivosti chorých s rôznymi nevyliciteľnými ochoreniami. Paliatívny prístup by sa mal vyučovať vo všetkých špecializáciách, ale najmä vo všeobecnom lekárstve. Multimorbidita a polyfarmácia sú nevyhnutnou súčasťou rozhodovania v paliatívnej medicíne. **Augusto Caraceni** z Talianska obhajoval úlohu špecialistov v paliatívnej medicíne. Zdôraznil potrebu komplexnej starostlivosti o zvlášť závažnú symptomatológiu ako dôvod prijatia na špecializované pracovisko. Oba názory hájili dvaja odborníci tak, že bolo jasné, ako dôležité sú obidva postoje. Jednoznačne je potrebná špecializácia a implementácia paliatívneho prístupu do všeobecnej medicínskej praxe. Je dostatok dôkazov pre to, že nevyliciteľne chorý a zomierajúci pacient má byť v centre zdravotníckej starostlivosti tak, ako bol vo svojom lepšom období.

Na kongrese EAPC v Prahe okrem mnohých iných tém odzneli aj príspevky venované problematike liečby bolesti. Mňa, píše Hedviga Jakubíková, zaujali najviac nasledujúce:

Plenárna prednáška F. Naucka o liečbe bolesti a ostatných symptómov u zomierajúcich pacientov, v ktorej hovoril, že paliatívna starostlivosť má zlepšovať kvalitu života včasnou identifikáciou, dokonalým vyhodno-

tením a liečbou symptómov a iných potrieb pacienta. Konštatoval, že fáza zomierania je u týchto pacientov poddiagnostikovaná, čo môže viesť k nezhodám v tíme, ordinovaniu márnej liečby a v dôsledku toho k nedostatočnej kontrole symptómov. Zatiaľ čo v dávnejších rokoch bola paliatívna starostlivosť zameraná na liečbu pokročilých štádií nádorových ochorení, dnes sa do nej integrujú aj pacienti s včasnými štádiami nádorových ochorení a inkurabilné nenádorové ochorenia. Pre zdravotníkov to znamená širšie spektrum intervencií. V súvislosti s tým treba klásť dôraz aj na prípravu pacientov a ich príbuzných na predvídateľné problémy, ktoré s nimi súvisia. Upozorňoval na to, že po rokoch, keď boli mnohé symptómy neliečené, prichádza obdobie, v ktorom hrozí podávanie vysokých dávok opioidov či sedatív na potlačenie zložitých symptómov na konci života. Terapeutické rozhodnutie o ich podávaní musí vždy v sebe zahŕňať nielen lekársku indikáciu, ale aj etické a právne aspekty, zvlášť keď nepoznáme liečebné preferencie pacienta.

Príspevok E. Kalso v rámci paralelného sympózia s názvom Liečba bolesti v roku 2013 sa venoval novým výsledkom výskumu v liečbe bolesti. Upozornila na to, že metaanalýzy poukazujú na obrovskú variabilitu medzi individuálnymi odpoveďami na liečbu. Súčasný výskum sa sústreďuje na úlohu mikroglie, ktorá predstavuje prvú aktívnu imunitnú ochranu CNS a opioidy ju môžu aktivovať priamo cez opioidné receptory alebo neselektívne cez TLR4. Aktivácia glie predstavuje možný nový terapeutický prístup pri liekoch, ako je ibudilast, propentophyllin a minocyclín. Nové skupiny analgetík predstavujú aj kanabinoidy, TRPV1 a TRPA1 antagonisti, ktoré môžu mať chorobu modifikujúci efekt pri diabetickej a postchemoterapeutickej polyneuropatii. Ďalšou skupinou liekov, ktoré sa skúšajú v liečbe bolesti, sú modifikátory HCN iónových kanálov, ktoré zohrávajú úlohu pri zápalovej a neuropatickej bolesti.

O. Sláma vo svojom príspevku referoval o zlepšení prístupu k analgetikám na príklade Českej republiky. Uviedol, že za posledných 15 rokov sa podstatne zvýšila spotreba opioidov v ČR a teraz je tesne pod hranicou spotreby v EÚ. Najpoužívanejším opioidom je tramadol, ktorého preskripcia je 4-krát vyššia ako preskripcia všetkých silných opioidov. Spotreba silných opioidov sa od roku 2003 zvýšila 3-násobne a neustále rastie. Uviedol faktory, ktoré prispeli k tomuto pozitívnemu vývoju aj hlavné bariéry, ktoré preskripcii opioidov bránia.

R. Rolke prezentoval použitie kvantitatívneho senzorickeho testovania (QST) pri nádorových bolestiach, pomocou ktorého možno vyhodnotiť periférnu, centrálnu senzitivizáciu či deaferentáciu a na základe vyhodnotenia vhodnejšie zvoliť lieky na neuropatickú nádorovú bolesť. Konštatoval, že asi 40 % pacientov s nádorovou bolesťou má klinické alebo subklinické známky neuropatickej bolesti.

Autor Furst a kol. referovali o pridaní nízkej dávky metadónu k bazálnej opioidnej liečbe a prezentovali súbor 53 pacientov, u ktorých

zistili, že pridanie metadónu v nízkej dávke bolo spojené so znížením celkovej dáky opioidov a lepšou kontrolou bolesti, ale pozorované bolo zhoršenie kognitívnych funkcií a sedatívny účinok. Z toho vyvodzujú, že pri pridaní metadónu do liečby je potrebné rýchlejšie znižovať dávku základného opioidu.

V rámci stretnutia s expertmi vystúpil P. Sjogren, ktorý prezentoval Odporúčania EAPC na liečbu bolesti, publikované v Lancet Oncology vo februári 2012, uviedol, ktoré odporúčania sú podľa GRADE systému silné a sla-

bé a uviedol, ktoré údaje sú chýbajúce alebo nekompletné a potrebujú aktualizáciu.

Predpoludním v nedeľu sa kongres uzavrel. Ďalší, 14. svetový kongres EAPC bude o dva roky v Kodani v Dánsku. Budúci rok bude 8. výskumný kongres EAPC v Lleide v Španielsku.

MUDr. Kristína Križanová

*Klinika klinickej onkológie, NOÚ
Klenová 1, 833 10 Bratislava
kristina.krizanova@nou.sk*
